

Les troubles vésicaux d'origine gynécologique

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

le 23 Juillet 1945

par

JOSETTE CHAUMETON

Diplômée d'Hygiène

née le 2 août 1920 à Orange (Vaucluse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. A. AIMES, professeur, *Président*.

E. JANBON, professeur

CADERAS DE KERLAU, pr. agr. }

Docteur LAPEYRIE.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ

(PIERRE ROUGE)

1945



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555601_0079

CHAUMETON

Les troubles
gynécologiques.

LES TROUBLES VÉSICAUX

D'ORIGINE GYNÉCOLOGIQUE

J. CHAUMETON

I

Les troubles vésicaux d'origine gynécologique

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

le 23 Juillet 1945

par

JOSETTE CHAUMETON

Diplômée d'Hygiène

née le 2 août 1920 à Orange (Vaucluse)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. A. AIMES, professeur, *Président*.

E. JANBON, professeur

CADERAS DE KERLAU, pr. agr.

Docteur LAPEYRIE.

} *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ

(PIERRE ROUGE)

1945

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

PROFESSEURS

Chaires :

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HÉDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOI.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGÈS.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
—	GIRAUD <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale	MASSABUAU.
—	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	N...
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIÈRE, <i>doyen hon.</i>
Clinique des malad. des enf. et hygiène du 1 ^{er} âge	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie.....	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, <i>assesseur</i>
Clinique gynécologique	AIMES
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	TERRACOL.

Charges de cours :

Anatomie.....	LAUX.
Histologie.....	GRANEL.
Radiologie.....	LAMARQUE.

Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE,
VIRES, BOSCH, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE

CHARGÉS D'ENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Chimie.....	MONNIER <i>agréé</i> .	Clinique de la tuber- culose.....	VIDAL, <i>professeur</i> .
Microbiologie	CARRÈRE <i>agréé</i> .	Pathologie et propé- deutique chirurgicale	MOURGUE- MOLINES, <i>agr.</i>
Histoire nat. médic.	HARANT, <i>agréé</i> .	Pathologie chirurg..	TRUC, <i>agréé</i> .
Pharmacologie	HARANT, <i>agréé</i> .	Chirurgie experim....	N...
Pathologie médicale.	BOUCOMONT, <i>agr.</i>	Médecine opératoire.	ROUX, <i>agréé</i> .
—	BERT, <i>agréé</i> .	Accouchements ...	CADERAS
Propédeutique médi.	P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	de KERLEAU, <i>agr.</i>	
Clinique interne.....	PUECH, <i>professeur</i> .	Stomatologie	HOUPERT <i>Dr. en méd.</i>
Clinique des malad. contagieuses	JANBON, <i>professeur</i> .		

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Médecine	MM. P. RIMBAUD	Chirurgie.....	MM. MOURGUE-MOLINES
—	BOUCOMONT	—	ROUX
—	BERT	Urologie	TRUC
Chimie.....	LAFON, <i>chargé d'agr.</i>	Accouchements....	CADERAS
Bactériologie ...	MONNIER.		DE KERLEAU
Hist. nat. médic.	CARRÈRE.		
	HARANT.		



A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ALEXANDRE AIMES

Professeur de Clinique Gynécologique
Croix de Guerre

*Qui a nous inspiré le sujet de cette
thèse et a bien voulu nous faire l'honneur
de la présider.*

*Qu'avec nos remerciements il soit
assuré de notre gratitude pour la bien-
veillance avec laquelle il nous a toujours
accueillie au cours de nos études.*

A MON JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR JANBON

Professeur de Thérapeutique et Matières Médicales
Croix de Guerre

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADERAS DE KERLAU

Croix de Guerre

MONSIEUR LE DOCTEUR LAPEYRIE

Respectueux témoignage de reconnaissance pour le grand honneur qu'ils nous font en acceptant de faire partie de notre Jury.

Leur enseignement clinique si vivant sera le meilleur souvenir de nos années de Faculté.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

INTRODUCTION

En pratique, combien de femmes se présentant à un examen spécialisé avec une étiquette plus ou moins précise d'affection urinaire, se révèlent après un examen minutieux atteintes d'une lésion bien différente de celle pour laquelle elles venaient consulter ! Aussi nous proposons-nous de passer en revue les troubles vésicaux dont la véritable origine réside en une affection gynécologique.

C'est là un sujet déjà fort étudié et nous n'avons pas la prétention de faire œuvre nouvelle, mais il nous semble que l'on ne saurait trop insister sur des troubles urinaires nous paraissant d'autant plus intéressants qu'ils seront mieux susceptibles d'égarer le diagnostic d'un praticien peu au courant de leur étiologie et de leur pathogénie.

Celles-ci se trouvent facilement mises en évidence si l'on étudie les liens qui unissent intimement l'appareil génital et l'appareil urinaire.

En effet, considérer leurs rapports embryologiques et anatomiques, c'est admettre que toute modification de la sphère génitale pourra avoir un retentissement sur l'arbre urinaire.

RELATIONS ANATOMIQUES ENTRE LA VESSIE ET L'APPAREIL GÉNITAL

Véritable ceinture osseuse, le petit bassin emprisonne, chez la femme, les organes pelviens. Leur contiguité est telle qu'ils subiront fatalement le contre-coup des processus pathologiques atteignant l'un d'eux. Ceci se trouve particulièrement vérifié en ce qui concerne l'utérus et la vessie.

Placés tous les deux sous la séreuse péritonéale, au fond du petit bassin, dans la même atmosphère celluleuse, ils sont en contact l'un avec l'autre : le corps utérin repose sur la face postéro-supérieure de la vessie par l'intermédiaire d'un cul-de-sac péritonéal.

La portion sus-vaginale du col et l'isthme utérin s'en trouvent seulement séparés par une mince lame de tissu celluleux.

Quant à la face antérieure du vagin, elle se trouve non seulement en rapport avec la face postérieure de la vessie et la partie terminale des uretères, mais encore étroitement réunie à l'urètre par une lame conjonctive épaisse : la cloison urétro-vaginale. Rendue solidaire de l'utérus, la vessie aura tendance à être entraînée par tout abaissement de celui-ci.

En outre, la vessie, organe éminemment élastique, exercera une influence considérable sur la direction de l'utérus, organe essentiellement instable.

Normalement l'utérus, en antéversion se redressera peu à peu sous l'influence de la distension vésicale. Mais que l'utérus offre une résistance, une fixité anormale, et aussitôt la vessie se trouvera troublée dans son fonctionnement.

Les connexions lymphatiques, nerveuses, vasculaires, vont également jouer un grand rôle.

Connexions lymphatiques. — Un réseau de mailles serrées de lymphatiques entoure étroitement vessie et vagin, utérus et uretère : les travaux expérimentaux de WINSBURG-WHITE, ont montré l'existence de connexions directes entre le col utérin, l'urètre et le plancher vésical.

Connexions nerveuses. — « Si on examine un schéma de ganglion hypogastrique chez la femme, nous dit CONDAMIN, on peut diviser ce plexus en deux étages : un premier étage où se trouvent les filets se rendant à l'utérus, et un étage moyen d'où partent le nerf urétéral interne, l'anse nerveuse préurétérale, de nombreux filets nerveux vésicaux côtoyant le col utérin pour se rendre à la partie postéro-latérale de la vessie, de son sphincter et de la partie adjacente du vagin. »

La troisième et la quatrième paire sacrée relie d'autre part la vessie et l'utérus au même point de la moelle rachidienne :

Connexions vasculaires. — Les rapports vasculaires sont particulièrement importants : des artères de l'utérus et de la vessie ont une même origine : l'artère

hypogastrique. En outre l'artère utérine fournit directement à la vessie de nombreuses ramifications qui se terminent en un riche réseau dans la muqueuse vésicale, en particulier au niveau du col.

Quant à l'important système veineux vésical, il communique largement avec le système veineux utérin. Longeant les bords de l'utérus, parties de la face postérieure de la vessie, de volumineuses veines anastomosées entre elles vont former le plexus veineux utéro-ovarien.

Nous voyons donc que l'inflammation pourra se propager aisément d'un système à l'autre.

Enfin, l'urètre s'ouvrant au niveau de la vulve, milieu septique même à l'état normal, la vessie trouvera à l'orifice même de son canal excréteur, les éléments de son infection.

Et si l'on songe que, chez la femme, par sa brièveté et le fait qu'avec l'âge il a tendance à devenir béant, laissant sourdre de l'urine au moindre effort, l'urètre n'opposera qu'une barrière dérisoire à l'infection, on comprendra la facilité avec laquelle celle-ci se fera.

Tout ceci nous montre assez quelle sera la complexité des relations pathologiques entre l'appareil génital et la vessie.

INTERDÉPENDANCE PHYSIOLOGIQUE

Bien souvent les modifications observées ne seront à l'état pathologique que l'exagération des phénomènes physiologiques. Connues depuis longtemps déjà sont les répercussions des codgestions pelviennes sur l'état de la vessie, qu'il s'agisse des congestions actives de la menstruation, ou des congestions passives de la ménopause. On note l'apparition de troubles fonctionnels, une prédisposition nette à l'infection, l'aggravation si elle est déjà existante. Ces troubles fonctionnels ne se manifestent pas chez toutes les femmes, ni avec la même intensité. On peut d'ailleurs relever dans ces cas-là une disposition particulière de l'utérus ou une réceptivité spéciale de la vessie : On les observera principalement chez des multipares, femmes qui à la suite de grossesses multiples ont conservé un utérus gros, mal revenu sur lui-même.

Elles seront plus marquées chez les femmes dont les antécédents révèlent une affection vésicale.

Les troubles observés sont les suivants : au moment et surtout pendant les 24 heures précédant les règles, les mictions sont plus fréquentes, parfois même douloureuses. Il peut s'agir parfois d'une véritable dysurie. Ces troubles vésicaux sont beaucoup plus fréquents que les autres symptômes urinaires que l'on a pu observer :

albuminurie transitoire, augmentation de volume rénal, accompagnées de crises douloureuses.

La susceptibilité de l'appareil urinaire est telle pendant la menstruation que certains auteurs recommandent de s'abstenir de toute exploration pendant la durée des règles.

Nous ne saurions insister sur les troubles observés pendant la grossesse, troubles par congestion au cours des premières semaines, essentiellement transitoires, auxquels succéderont des troubles mécaniques.

La ménopause s'accompagne elle aussi de tout un cortège de symptômes vésicaux ; au point, que l'on a pu parler des « Fausses cystites de la ménopause ».

A ce moment-là : Phlébites chroniques, dilatations, stase veineuses sont fréquentes. Le réseau veineux a subi, surtout chez les femmes qui ont eu des affections annexielles, des altérations parfois considérables. « L'on sait l'importance de l'état spécial du réseau veineux pelvien aux différents âges de la vie et les conséquences qui peuvent en résulter dans la physiologie morbide du petit bassin. » (GUYON.)

RELATIONS PATHOLOGIQUES

Si un système génital normal, exerce une influence aussi nette, ses modifications pathologiques vont retentir avec une bien plus grande intensité sur le réservoir vésical, organe particulièrement sensible et irritable.

Nous allons étudier les différents symptômes vésicaux qui en résulteront, en nous attachant à en démontrer la valeur séméiologique.

Tantôt eux seuls auront attiré l'attention de la malade, tantôt nous devons les rechercher au milieu du cortège habituel de signes accompagnant l'affection gynécologique en cause. Si en ce dernier cas le diagnostic est évident, il ne sera bien souvent que le résultat d'un examen approfondi.

L'âge des femmes venant consulter sera variable, de 25 à 30 ans, fréquemment au voisinage de la ménopause. Cependant il s'agira le plus souvent de femmes encore réglées ; fait qui a une grande importance pour l'intensité des symptômes.

Il pourra s'agir de femmes névropathiques et l'on ne devra pas faire l'erreur de mettre leurs troubles vésicaux sur le compte de leur état nerveux.

Les symptômes les plus fréquemment observés sont les suivants : pollakiurie, dysurie, douleur à la miction.

D'intensité variable, on peut les rencontrer isolément, mais ils sont couramment associés.

Ils traduisent dans le plus grand nombre de cas le premier degré de souffrance vésicale, c'est dire que l'on pourra les observer aussi bien dans les troubles statiques ou tumoraux que dans les troubles inflammatoires des organes génitaux.

Cet ensemble de signes correspond à la « vessie irritable » des auteurs anglais.

Les urines restant claires, sans pus, amicrobiennes, permettent d'éliminer la cystite.

En eux-mêmes ces troubles sont sans grande gravité mais ils sont pénibles pour la malade et ne font parfois que précéder des désordres plus graves. C'est en cela surtout que réside leur intérêt.

Nous allons examiner successivement les caractères particuliers qu'ils peuvent présenter lorsqu'ils appartiennent à la fois au domaine urologique et au domaine gynécologique.

Pollakiurie. — Les malades sont fréquemment sollicitées par le besoin d'uriner, les mictions sont impérieuses, elles sont exceptionnellement nocturnes, leur fréquence est variable, la malade pouvant uriner pendant le jour toutes les heures, parfois même toutes les demi-heures.

Si elles sont aggravées par la marche, la station debout, l'effort, on devra rechercher l'existence d'un prolapsus, d'un utérus dévié, d'une tumeur.

Dysurie. — La miction est ralentie, retardée même, discontinuée. La musculature vésicale affaiblie, étant devenue insuffisante, les muscles abdominaux doivent entrer en jeu.

La miction pourra se trouver facilitée par diverses positions prises par la malade : debout, plus rarement couchée.

Ce n'est parfois qu'au prix d'efforts considérables que la malade arrivera à expulser quelques gouttes d'urine.

La dysurie est particulièrement intense lors des compressions vésicales : que ce soit par un utérus en antéversion, un utérus en rétroversion, une tumeur, un pansement vaginal trop serré.

Il est à noter que les troubles observés dans les déviations utérines congénitales sont très légers.

Douleurs. — Ce sont des douleurs à type de cuisson, de brûlures survenant à la fin de la miction. La malade a parfois l'impression de contractions douloureuses dans la région hypogastrique. La douleur peut s'irradier le long du trajet de l'urètre. Très fréquemment lui sont associés ce que les malades qualifient de maux de rein. En réalité ces douleurs sont localisées dans la région sacrée ou sacro-iliaque ; elles s'accompagnent d'une perpétuelle lassitude ; elles peuvent, si l'on ne prend soin d'en délimiter le siège exact, contribuer à aiguiller la patiente vers un service d'urologie.

Nous venons de voir ces différents signes dans une série de troubles de la statique utérine ; ils peuvent aussi avoir pour origine un envahissement périvésical par un néoplasme de voisinage, une péricystite consécutive à un curettage, des phénomènes inflammatoires, en particulier métrite, salpingite. En ce dernier cas, ils seront intermittents, passagers, s'atténuant sous l'influence du repos parallèlement à l'inflammation qui leur a donné naissance et sans rapports d'ailleurs avec l'intensité de celle-ci et ils sont très nettement accentués au moment des règles.

Pathogénie. — Par quel mécanisme ces troubles prennent-ils naissance ?

Rôle de la congestion. — L'existence d'une congestion vésicale se trouve vérifiée par les examens cystoscopiques, on constate une rougeur plus ou moins vive, parfois de la desquamation, très rarement de l'œdème.

L'injection vasculaire est limitée en général au trigone. Dans les cas d'annexites on peut voir nettement en arrière du trigone une dépression vésicale en forme de croissant, elle correspond à la zone de contact de l'utérus. Ces cornes se dirigent en haut et en dehors, la muqueuse peut présenter à ce niveau tous les stades de congestion.

L'existence de processus cicatriciel viendra s'ajouter à ces images d'hypervascularisation, en entraînant des modifications plastiques avec apparition de colonnes. Ces colonnes sont dues à une hypertrophie de la couche plexiforme.

Il pourra même exister par suite de la grande netteté du sillon rétrotrigonal, une ébauche de diverticule. Il est normal de rencontrer ces troubles avec une grande fréquence dans les tumeurs très vascularisées, les inflammations qui plus que d'autres affections sont responsables de phénomènes congestifs.

Cependant il est des cas où les recherches restent vaines, l'examen génital ne révèle l'existence d'aucune masse anormale ou douloureuse. Les culs-de-sacs vaginaux sont libres. Les examens clinique, histobactériologique, cystoscopique, ne permettent pas de les rattacher à des causes infectieuses ou dynamiques.

Rôle hormonal. — Nous sommes alors frappés par l'insistance avec laquelle ces troubles apparaissent ou s'aggravent au moment des règles. Nous voyons com-

bien ils sont tributaires des perturbations du cycle menstruel, prédominant au moment de son installation : puberté, ou de son déclin : ménopause. Ceci nous permet de penser qu'il s'agit d'un disfonctionnement ovarien et en particulier d'une hyperfolicunémie. Les travaux de SÉGUÏ ont montré chez les animaux l'existence d'une dysurie intense si l'ovulation ne se faisait pas normalement.

SURRZ a observé chez des femmes normales au moment des règles, une hyperhémie vésicale. Il suffira qu'il existe une épine irritative gynécologique ou vésicale pour aboutir à des phénomènes pathologiques. Il nous semble que l'on doive rapprocher de ces perturbations hormonales les cas de sclérose vésicale se caractérisant par une polyurie d'abord nocturne et peu intense qui s'accroît au point de devenir permanente et s'accompagne de dysurie.

On les a assimilés au prostatisme. On ne les voit apparaître, à quelques rares exceptions près, que chez des femmes ménopausées ou chez des femmes précocément vieilles par une castration chirurgicale. Il nous semble donc que l'on peut les attribuer à une insuffisance hormonale, probablement lutéinique. On pourrait essayer de les traiter par cette hormone, dès l'apparition de petits signes d'intolérance vésicale, avant que la sclérose ne soit devenue définitive.

Cette parenthèse refermée, vouloir tout expliquer par des actions congestives ou hormonales est excessif.

Rôle du système nerveux. — Les troubles peuvent être déclenchés par des phénomènes réflexes, c'est ce qui se produit dans les cervicites chroniques par exemple. Le plexus nerveux péricervical est continuellement irrité.

Si l'on bloque en quelque sorte le réflexe en injectant

tout autour du col quelques centicubes d'une solution de Novocaïne, on voit les symptômes s'abolir.

Inversement, en ces cas il suffit parfois d'une simple pression au niveau du col pour déclancher une impérieuse envie d'uriner.

Voici quelques observations de « vessie irritable » relevées dans le Service de Gynécologie.

Observation I. — R. Marie, âgée de 57 ans, entre à l'hôpital pour troubles urinaires, le 1^{er} juillet 1943.

Rien à signaler dans ses antécédents : les règles sont apparues à l'âge de 12 ans, elles ont toujours été régulières, non douloureuses. La malade a été ménopausée à 47 ans.

Elle a eu 6 accouchements : 5 sans complications, le dernier s'est accompagné d'une déchirure périnéale.

On note deux avortements que la malade dit avoir été spontanés, elle accuse une sensation de corps étranger entre les cuisses, très accentuée à la marche, en position assise. Ces malaises ont fait leur apparition en 1941 et ont été suivis presque aussitôt de troubles urinaires, les mictions sont devenues plus fréquentes, impérieuses, les symptômes n'ont fait que s'aggraver et actuellement la malade urine toutes les heures mais fort difficilement.

La dysurie paraît très accusée. Les urines sont claires. Au mois de mars 1943 sont apparues des pertes rouges peu abondantes, alternant avec d'importantes pertes jaunâtres ; elles s'accompagnent d'un prurit intolérable et de douleurs à type d'élancement, siégeant dans la fosse iliaque gauche, irradiant dans le territoire du nerf sciatique et vers la région sacrée. Elles surviennent par crises.

L'examen de la malade nous montre les faits suivants : L'inspection de la région périnéale ne nous donne à première vue aucun renseignement, mais si l'on fait pousser la malade, on voit la paroi antérieure du vagin se dérouler. Le col utérin apparaît alors à la vulve. On note son allongement hypertrophique. La muqueuse a pris à ce niveau le type dermo-papillaire. Il existe de petites ulcérations périforificielles.

La malade est envoyée au service d'Urologie pour un examen cystoscopique qui ne révèle rien d'anormal.

On fait pratiquer une série d'injections vaginales biquotidiennes avant de procéder à la cure chirurgicale de ce prolapsus. Mais la malade sort du service avant que l'intervention ait eu lieu. Il n'est donc pas possible de savoir si les troubles urinaires ont disparu par la suite. Cependant ces troubles sont évidemment imputables au prolapsus.

Observation II. — Il s'agit de Mme A., âgée de 49 ans. Le 10 juillet, elle est envoyée au service de Gynécologie pour prolapsus utérin.

L'interrogatoire nous révèle qu'elle a eu une pleurite il y a 3 mois et qu'elle a subi il y a 4 ans une appendicectomie.

Elle est réglée depuis l'âge de 13 ans. Ses règles sont normales, aussi bien par leur abondance que par leur durée. Elle s'est aperçue, nous dit-elle, que depuis un an elle avait une descente de matrice. Or ces temps derniers elle a éprouvé une réelle difficulté à uriner. La fin de la miction était un peu douloureuse, les dernières règles qui étaient normales se sont terminées le 14 juin, mais le 19 juin réapparition de pertes sanglantes, très abondantes, qui ont duré 12 jours.

A l'examen, on trouve un ventre plat, que la palpation montre souple. L'examen génital permet de voir, lorsque l'on fait pousser la malade, le col utérin apparaître entre les grandes lèvres. Ce col est oedémateux. Il existe un important cystocèle. Un toucher vaginal permet de s'assurer que le corps utérin est de dimensions normales, mobile, de consistance dure en légère rétroversion. Les culs-de-sac vaginaux sont libres.

La malade sort guérie du service après une colpographie antérieure et une colpopérinéographie postérieure ; les troubles urinaires ont complètement disparu.

Nous pensons que leur apparition a pu être déclanchée par l'approche de la ménopause, que les modifications des dernières règles nous font soupçonner.

Observation III. — Marie T., âgée de 61 ans, entre dans le service le 23 janvier 1943. Un prolapsus génital et une hernie crurale ont motivé son admission.

C'est une femme qui est ménopausée depuis l'âge de 50 ans ; au moment de l'installation de sa ménopause, elle a présenté des troubles mentaux, avec délire, agitation, neurasthénie. Ces troubles ont duré deux ans et ont complètement disparu par la suite.

Ses règles avaient débuté à 13 ans, durant 5 jours, elle apparaissaient régulièrement tous les mois.

Elle aurait eu quatre avortements spontanés, l'un au sixième mois à la suite d'une violente émotion, un autre au quatrième mois consécutif à une chute brutale, le troisième et le quatrième sans cause apparente.

En outre quatre accouchements à terme, le deuxième s'est compliqué d'une déchirure périnéale qui n'a pas été suturée ; les suites de couches ont toujours été normales.

Depuis 15 ans la malade présente des sensations de pesanteur pelvienne, apparaissant à la fin de la journée, après l'effort, elle éprouve une gêne nette à la marche. Ces troubles sont dus à un prolapsus utérin pour lequel la malade porte un pessaire.

Récemment, à la suite d'un amaigrissement considérable (elle a perdu

30 kilogrammes en un an), le prolapsus s'est aggravé tandis qu'apparaissait une hernie crurale.

Des douleurs pelviennes vagues, et surtout à l'heure actuelle, une grande difficulté à uriner, accompagnée de vives douleurs à la miction, douleurs à type de brûlures, ont amené la malade à se faire traiter.

L'examen montre l'existence d'un important cystocèle, le col descend à la vulve.

Un examen d'urine montre la présence de trace nette d'albumine.

On fait une cure radicale des prolapsus qui s'accompagne de la disparition des phénomènes pénibles accusés par la malade.

Observation IV. — Il s'agit de Isabelle V., âgée de 72 ans, entrée dans le service pour prolapsus utérin.

Cette femme a été réglée dès 12 ans. Les règles indolores étaient abondantes, régulières. Ménopausée à 47 ans, elle n'a jamais eu de grossesse.

La malade raconte que, gênée pour marcher, elle s'est aperçue en septembre 1941 qu'elle avait « une descente de matrice » qui s'est récemment accentuée, tandis qu'apparaissaient des douleurs lombaires. Depuis un certain temps déjà la malade est pollakiurique. Les mictions sont à prédominance nocturne, elles sont devenues difficiles.

A l'inspection, on voit de larges plaques érosives au niveau de la face antérieure des cuisses, ainsi que des grandes lèvres. Il existe un écoulement vaginal abondant. Le col est violacé, assez ferme, donnant l'impression d'un œdème dur. On note une rétraction scléreuse sénile des culs-de-sac vaginaux. Une analyse d'urine ne montre que quelques traces d'albumine.

Les troubles urinaires accusés par la malade, nous paraissent en ce cas relever autant d'une sclérose sénile de la vessie que du prolapsus. Si l'aggravation de ce dernier a amené leur apparition, la prédominance d'une pollakiurie nocturne est plutôt un signe de sclérose vésicale.

Observation V. — Mlle M. Marie, chiffonnière, est envoyée dans le service pour douleurs dans la fosse iliaque gauche et pollakiurie.

Cette malade est réglée depuis l'âge de 14 ans. Ses règles sont irrégulières, peu abondantes, elles durent un à deux jours. Entre les règles, existence de pertes blanches.

Elle accuse au début des règles de vives douleurs dans la fosse iliaque gauche. Le nombre de ses mictions est alors très augmenté, mais elles ne sont accompagnées ni de douleur, ni de dysurie.

L'examen pratique montre un ventre souple, légèrement douloureux. Un toucher vaginal permet de constater l'existence d'un utérus volumineux en position normale. A droite, on sent une masse qui paraît faire corps avec l'utérus ; le col utérin, allongé, conique, est bosselé à sa partie

antérieure ; le cul-de-sac gauche est souple. On peut percevoir dans le cul-de-sac droit une masse annexielle légèrement douloureuse.

Une hystérogaphie montre une cavité aggrandie, régulièrement triangulaire ; on pense qu'il s'agit d'un utérus fibromateux. On fait un traitement radiothérapique.

Nous voyons en ce cas, que le fibrome passé jusque-là inaperçu, ne se révéla que par un petit symptôme : la pollakiurie.

Observation VI. — Br. Marie, âgée de 39 ans, entre dans le service le 24 janvier 1944 avec le diagnostic de salpingo ovarite.

L'interrogatoire révèle, dans ses antécédents, une métrite qui a nécessité une hospitalisation d'un mois. Elle a eu un enfant mort en 1924 d'une méningite. Cette malade est régulièrement réglée depuis l'âge de 13 ans.

Vers le 10 janvier, après des règles qui avaient duré du 3 au 6 janvier, la malade a ressenti des douleurs sourdes dans la région hypogastrique, les reins, les membres inférieurs. Des nausées n'ont fait que précéder les vomissements alimentaires. La malade s'alite le 19.

Les phénomènes douloureux se sont très vivement accentués, ils prédominent maintenant dans la région hypogastrique, les mictions sont impérieuses, fréquentes, douloureuses. La fièvre est élevée. La malade entre alors dans le service sur les conseils de son médecin.

A l'examen de l'abdomen, on remarque qu'il est augmenté de volume. On trouve à la percussion une matité hypogastrique et du météorisme dans les flancs. La palpation est difficile. Tout l'abdomen résiste. On sent une masse dure, hypogastrique, médiane mais débordant vers la droite, elle est facilement limitée.

Le toucher vaginal montre un col situé en avant, un cul-de-sac postérieur bombé et légèrement douloureux, les culs-de-sac latéraux sont douloureux, le col est bloqué très en arrière de la symphyse ; le toucher rectal permet de percevoir une masse ferme, peu mobilisable, dont les mouvements sont communiqués à la masse perçue par la main abdominale.

Devant l'intensité des troubles urinaires, on fait pratiquer un examen des urines qui ne montre rien d'anormal.

Le diagnostic de fibrome posé, on intervient : à l'ouverture de l'abdomen, on constate la présence d'un fibrome de la face postérieure de l'utérus, annexite avec volumineuses masses adhérentes bilatérales, ovaires kystiques. On pratique l'ablation des annexes et de l'utérus, en totalité, on fait un drainage.

Les suites opératoires sont excellentes ; les phénomènes mictionnels douloureux ont persisté les premiers jours suivant l'intervention, ils ont peu à peu diminué d'intensité pour disparaître totalement.

Observation VII. — L. Françoise, entre le 9 avril 1940 dans le service pour douleurs abdominales.

Dans ses antécédents, on note une première crise de salpingite et de métrite à 20 ans qui s'est progressivement aggravée. Le début de la menstruation remonte à 13 ans. Les premières règles, très douloureuses, sont apparues progressivement et sont devenues par la suite très régulières. Mais à 20 ans, à partir de cette crise de salpingo-ovarite, les règles surviennent très irrégulièrement ; il y aurait des aménorrhées de trois mois auxquelles succéderaient des métrorragies : pertes tous les 15 jours. Entre les règles il existe un écoulement de pertes fétides, verdâtres.

Immédiatement après ses règles qui ont eu lieu du 29 mars au 3 avril, la malade ressent une douleur aiguë dans le bas-ventre. Ses mictions sont très fréquentes, véritable supplice pour la malade car elles sont accompagnées de sensations de brûlure insupportables.

Un examen génital met en évidence l'existence d'une réaction anxieuse. La malade est mise au repos avec de la glace sur le ventre. Les troubles urinaires s'atténuent considérablement ; après un traitement de l'annexite ils ont complètement disparu lorsque le 26 avril la malade quitte le service.

Observation VIII. — C. Andrée, âgée de 29 ans, est envoyée dans le service le 9 juin 1943 pour leucorrhée et douleurs pelviennes.

Interrogée, elle dit avoir eu à l'âge de 13 ans une pleurésie bilatérale. Ses règles ont fait leur apparition à 13 ans ; elles sont devenues irrégulières depuis 6 mois, survenant soit tous les 28 jours, soit tous les 30 jours. Leur abondance a diminué, elles sont douloureuses et s'accompagnent de douleurs pelviennes.

Elle a eu un accouchement en 1934, jamais d'avortement. Depuis le mois d'octobre 1934, après cet accouchement, elle a eu des pertes jaunes avec douleurs pelviennes vagues.

En janvier 1943 les pertes jaunes sont devenues très abondantes, les douleurs se sont accrues, siégeant dans tout le bas-ventre et irradiant vers les régions lombaires ; elles ne s'accompagnent ni de fièvre, ni de nausées.

Des métrorragies intermittentes durent 2 à 3 jours, apparaissant presque toujours à la suite d'efforts physiques.

Depuis ce moment la malade est atteinte d'une pollakiurie très intense puisqu'elle doit uriner toutes les 10 minutes dans la journée et se lever plusieurs fois la nuit. Ces mictions s'accompagnent d'une sensation de brûlure, de cuisson.

L'examen génital montre un gros col utérin, ouvert, avec petit polype ; l'utérus est en antéflexion. Pas de réaction annexielle, les culs-de-sac sont libres, un examen urinaire pratiqué ne révèle rien d'anormal.

On pratique une diathermo-coagulation du col, rapidement suivie d'une sédation des troubles observés.

Observation IX. — Pascaline F., épouse H., est entrée dans le service le 10 avril 1940 pour douleurs lombaires et abdominales.

Il s'agit d'une femme qui a été réglée à l'âge de 14 ans. Les règles, irrégulières au début, se sont régularisées par la suite, survenant tous les mois. On note dans son passé obstétrical quatre accouchements normaux en 1929, 1930, 1933, 1935, la dernière grossesse s'est accompagnée d'albuminurie.

Les troubles que la malade accuse actuellement, remontent au 1^{er} mars : elle a ressenti à ce moment-là des douleurs lombaires qui s'irradiaient vers la région sus-pubienne. Les dernières règles sont apparues le 18 mars, elles ont duré jusqu'au 25, plus abondantes et d'une durée plus longue que les précédentes. Les douleurs ont alors disparu. Le 28 mars, reprise des douleurs, beaucoup plus intenses, accompagnées de troubles urinaires : pollakiurie, douleurs, brûlures à la miction.

La malade entre à l'hôpital. L'examen montre l'existence d'une saillie sus-pubienne, atteignant une hauteur de 10 cm, au-dessus de la symphyse pubienne ; cette masse est dure, rénitente, elle plonge dans l'excavation. Un toucher vaginal montre un col utérin regardant en arrière, de consistance ferme ; on sent dans le cul-de-sac antérieur une masse bordée d'une zone, infiltration qui paraît être due à une poussée inflammatoire périannexielle.

La malade est mise au repos avec de la glace sur le ventre ; les phénomènes urinaires s'amendent, les culs-de-sac sont complètement libérés. La malade est envoyée cependant en consultation Urologique, la vessie paraît être congestionnée.

La malade sort de l'hôpital le 12 avril ; on perçoit toujours une masse dans le cul-de-sac antérieur, il s'agit probablement des annexes prolabées. La malade, momentanément guérie de ses troubles urinaires, sort du service sans vouloir entendre parler d'une intervention chirurgicale.

Nous voyons donc que pollakiurie, dysurie, douleur, sont des signes banaux, fréquemment rencontrés. Mais que l'origine exacte de ces troubles ne soit pas découverte, que l'on se contente d'un traitement local purement vésical, et aussitôt des troubles plus graves feront leur apparition, au premier plan desquels sont la rétention et l'incontinence.

RÉTENTION

Il nous paraît qu'elle est beaucoup moins rare qu'on ne l'a cru. Nous avons pu, en dépouillant un nombre restreint d'observations, en découvrir plusieurs cas.

Cette rétention pourra survenir progressivement, précédée des signes d'irritation vésicale antérieurement étudiés.

Elle peut aussi apparaître brutalement, de préférence le matin au réveil.

Elle disparaîtra parfois spontanément après quelques cathétérismes, laissant subsister ou non de la pollakiurie. Bien souvent les douleurs reparaîtront au moment des règles ou de la période prémenstruelle par exemple.

On pourra observer soit une rétention complète, soit une rétention incomplète et cette dernière n'est pas de moindre gravité.

Rétention complète. — L'envie d'uriner se manifeste de plus en plus fréquemment, mais les malades ne peuvent la satisfaire, à peine peuvent-elles émettre quelques gouttes d'urine. Elles accusent en même temps des sensations pénibles et douloureuses généralisées au bas-ventre. Il suffit d'examiner l'abdomen pour apercevoir la tuméfaction vésicale.

Rétention incomplète. — A côté de cette rétention complète, dramatique, inquiétant vivement la malade et son entourage, il est des cas où la rétention est incomplète et par là insidieuse ; elle peut, s'il n'y a pas distension vésicale, ne s'accompagner d'aucun malaise.

D'autres fois l'attention sera attirée par des phénomènes de cystite tenace. En effet il reste toujours, à chaque miction, les malades n'évacuant pas complètement leur vessie, un résidu urinaire. Ce résidu devient un excellent bouillon de culture.

Une quantité considérable d'urine peut ainsi s'accumuler dans le réservoir vésical.

D'autres fois, la sensation de gêne accusée par la malade, sera considérée comme banale : s'il s'agit, par exemple, d'une femme venant de subir une intervention gynécologique, on rapportera ce malaise à l'opération et cela d'autant plus aisément que le bocal contenant l'urine de 24 heures paraîtra suffisamment rempli.

Or la rétention représente un grand danger par son retentissement rapide sur l'appareil urinaire : la pression intravésicale se transmet rapidement à l'arbre urinaire tout entier, d'où hydronéphrose. Celle-ci favorisant l'infection, il y aura bientôt une pyélonéphrite avec polyurie trouble, dernière étape avant la pyonéphrose.

Nous avons relevé dans une observation de FERRÉ, le résultat de l'autopsie d'une femme atteinte d'un prolapsus utérin avec rétention d'urine restée méconnue. Voici ce qu'il nous dit :

« L'examen de l'appareil urinaire montre une vessie distendue par une urine louche, avec des marbrures ardoisées de la muqueuse, une dilatation des uretères, des bassinets, des calices, des lésions de pyélonéphrite purulente avec abcès miliaires parsemés dans la substance corticale. »

Si un tel degré d'infection est rarement atteint actuellement, il ne s'ensuit pas moins que l'on peut observer des troubles graves. En conséquence : si autrefois la présence d'albumine dans les urines, signe d'une congestion rénale, encore transitoire, était considérée comme une contre-indication à l'intervention, aujourd'hui elle la commande impérieusement.

Devant un pronostic aussi sombre, on saisit bien l'intérêt qu'il y a à dépister une complication à sa naissance alors qu'un traitement est encore efficace.

Quelles peuvent donc être les affections gynécologiques responsables d'accidents rétentionnels ?

Pour rendre notre exposé plus clair, nous allons en faire une classification assez artificielle, suivant le mécanisme de leur action.

1) *Agissant par compression :*

a) tumorale :

fibrome : utérin, vaginal,
hypertrophie du col utérin,
kyste de l'ovaire,
pyosalpinx,
les collections sanguines, intrapéritonéales
d'origine génitale telles que les ruptures
de grossesse extra-utérine,
hémato-colpométrie ;

b) trouble de la statique utérine :

déviation ou flexion utérine en particulier
rétrodéviation utérus gravide,
prolapsus.

2) *Troubles parétiques* :

a) réflexes :

accouchement,
suites opérations gynécologiques,
phlegmon pelvien,
pelvi-péritonites,
cellulite pelvienne,
phlébite pelvienne ;

b) hormonal :

hyperfolliculinémie.

AGISSANT PAR COMPRESSION. — Il s'agira le plus fréquemment d'une compression vésicale. En ce cas, sa dureté, l'intimité de ses rapports avec la vessie font que l'on doit tout d'abord penser au fibrome utérin. Dans plusieurs observations que nous rapportons, les troubles vésicaux sont apparus brutalement, alors que rien n'avait attiré l'attention des malades ; tout au plus remarquaient-elles une vague gêne, des règles devenues plus abondantes.

Ceci s'explique par la particularité suivante : les fibromes sous-séreux, pelviens, échappant à tout contrôle, sont ceux qui provoquent le plus souvent la rétention. Révélés par le toucher vaginal seulement, ils peuvent faire errer longtemps, le diagnostic.

Le siège de la tumeur a la plus grande importance. L'on a cru longtemps que les fibromes de la face antérieure du col utérin étaient les agents de compression, le plus souvent rencontrés ; ceci est inexact : il s'agit en réalité de fibrome de la face postérieure du col et du corps.

Quant au volume de la tumeur, il ne joue aucun rôle, ou tout au moins un rôle très relatif. On conçoit qu'un

énorme fibrome aura un développement abdominal. Or ce sont les tumeurs malaisément développées dans l'étroite cavité pelvienne qui sont responsables des accidents.

Sa vascularisation présente plus d'intérêt, ainsi que les modifications que peuvent subir un fibrome.

MICHON rapporte un cas où un fibrome en régression calcaire après la ménopause, devint l'agent d'une brusque rétention. La modification de son volume, sa consistance, sa nouvelle mobilité en étaient la cause.

Pathogénie des accidents. — L'action mécanique de la tumeur est évidente ; elle agira par compression du col vésical, ou compression et étirement de l'urètre.

Compression de l'urètre. — Il n'y aura qu'exceptionnellement compression directe par un fibrome de la face antérieure, bombant dans le cul-de-sac vaginal.

Nous venons de voir que les fibromes de la face postérieure étaient beaucoup plus fréquents. En ce dernier cas c'est le col utérin qui, repoussé par la masse fibromateuse, viendra se plaquer contre la symphyse écrasant l'urètre.

Etirement de l'urètre. — Un énorme fibrome prenant par suite de son augmentation de volume un développement abdominal, va attirer l'utérus vers le haut. Or il existe, ainsi que nous l'avons décrit, des rapports anatomiques, une zone adhérente à la vessie et au col vésical. L'urètre va se trouver étiré ; il verra son calibre diminuer, la perméabilité devenant moindre, il y aura dysurie et dans un deuxième temps rétention.

Si l'on vérifie en ce cas la position du méat urinaire, on voit qu'il a quitté la vulve pour se placer sur la paroi

antérieure du vagin. Ce qui rend très difficile, sinon impossible le cathétérisme.

En d'autre cas, la vessie étalée à la surface de la tumeur, ne pourra revenir sur elle-même et se vider.

Mais ces théories sont insuffisantes. Il nous paraît qu'elles ne peuvent expliquer que les rétentions survenant progressivement, précédées d'une période de dysurie.

Les cas de rétentions aiguës, brutales, nous paraissent relever de phénomènes congestifs : dans l'une de nos observations il s'agit d'un fibrome très vascularisé.

Le fibrome détermine par sa présence une congestion très intense du muscle utérin, une véritable hyperhémie des organes pelviens, ce qui a pu justifier l'expression employée par GUYON de « grossesse fibreuse ».

La cystoscopie montre la congestion vésicale.

Théorie nerveuse. — On a invoqué aussi des compressions des nerfs moteurs de la vessie, entraînant leur paralysie. On a rejeté cette hypothèse parce que l'existence de contractions douloureuses vésicales comparées par les femmes aux douleurs de l'enfantement, la rendait difficilement soutenable.

Mais il se peut fort bien qu'il y ait irritation de ces nerfs provoquant un spasme ; d'où contracture du sphincter vésical, se reproduisant par période, et nous retrouvons ici encore l'influence déclanchante de la congestion cataméniale.

Voici quelques observations qui viennent étayer ces conclusions :

Observation X. — Françoise S., âgée de 35 ans, entre dans le service d'Urologie le 9 avril pour crise douloureuse abdominale avec anurie.

L'interrogatoire révèle que les douleurs ont fait leur apparition le vendredi 5 avril. Elles étaient très violentes, à type de coliques. La malade

dut garder le lit. Le lendemain, des vomissements alimentaires, puis bilieux, surviennent ; l'oligurie est prononcée.

La malade urine seulement quelques gouttes. Dès son entrée à l'hôpital, elle est sondée : il s'agissait non d'une anurie, mais d'une rétention. Les urines sont troubles, jaune pâle.

Le lendemain nouveau sondage, mais la malade urine spontanément le soir. Il persiste une certaine difficulté, la fin de la miction est douloureuse.

Elle passe alors dans le service de Gynécologie. L'interrogatoire note les antécédents génitaux suivants :

Menstruation : apparue à l'âge de 12 ans. Les règles sont douloureuses, survenant tous les mois mais irrégulièrement, avec des alternatives de retard et d'avance. Depuis les derniers mois les règles sont très abondantes, douloureuses, avec des caillots de sang. Il y a des pertes blanches entre les règles.

A l'examen clinique, on est frappé par l'existence d'une saillie abdominale qui va de la symphyse pubienne à l'ombilic. Cette tuméfaction est d'autant plus apparente que la région épigastrique forme un creux prononcé. Cette masse paraît remonter plus haut à gauche qu'à droite. La consistance de la tumeur paraît variable, à droite elle est rénitente, à gauche très dure, mamelonnée ; sa hauteur est de 19 cm., l'hémicircconférence antérieure de 24 cm. ; elle est mate.

Toucher vaginal : On ne peut atteindre le col par suite de la présence d'une masse de consistance très ferme qui s'oppose à la pénétration du doigt. Un toucher rectal montre que le rectum est également comprimé par la tumeur. On pratique un sondage qui permet de retirer 350 cc. d'urine, alors que la malade paraissait avoir des mictions normales maintenant. Un nouvel examen fait après le cathétérisme montre que la masse rénitente perçue à droite par la palpation a disparu. Il s'agissait donc de la vessie qui se trouvait soulevée par le développement de la tumeur. Il semble que l'on soit en présence d'un fibrome très volumineux, développé dans la région basse de l'utérus et enclavé dans la cavité pelvienne.

Une analyse d'urine est faite : elle montre la présence nette de traces d'albumine. — Urée du sérum = 0 gr. 42. — Présence probable d'entérocoques.

L'intervention a lieu le 13 avril et montre un énorme fibrome occupant toute la cavité pelvienne, la vessie se trouve accolée à la face antérieure du fibrome.

Les suites de l'opération sont normales, les fonctions urinaires également.

Cette observation nous apparaît comme particulièrement intéressante. Pas de signes de fibrome, rétention incomplète. Retentissement léger sur un arbre urinaire signé par de l'albumine dans les urines, une azotémie qui s'élève et un début d'infection à entérocoque.

Il s'agissait d'un fibrome très hémorragique.

Observation XI. — Sœur V., âgée de 48 ans. Entre dans le service le 16 octobre 1942.

Rien à signaler dans ses antécédents, si ce n'est qu'elle a été réglée normalement jusqu'à 40 ans ; les règles étaient régulières, non douloureuses ; actuellement elles sont en avance de 8 jours et durent 8 jours. Douloureuses les premiers jours. Il existe dans l'intervalle des règles de petites pertes rosées.

Or en quelques mois elle a présenté trois crises de rétention d'urine qui ont duré quelques heures et n'ont pas nécessité de sondage ; la première remonte à 5 mois, les autres respectivement à 3 mois et à 1 mois.

Après examen, le diagnostic de fibrome est porté. Après laparotomie, on trouve un fibrome très mou, un utérus ayant la consistance d'un utérus gravide. Le fibrome est très vascularisé. Il saigne beaucoup par l'orifice de pénétration de la pince qui a servi à l'extérioriser.

Voici une observation que nous empruntons encore au Service de Gynécologie :

Observation XII. — Mine X., âgée de 41 ans, entre dans le service de Gynécologie, venant du service d'Urologie où elle avait été envoyée par son médecin traitant pour rétention d'urine avec douleurs continues dans le bas-ventre.

La rétention d'urine est apparue brutalement alors que les douleurs ont fait leur apparition il y a trois mois. Ce sont là les seuls troubles dont se plaint la malade.

Un toucher vaginal montre l'existence dans le Douglas d'une tumeur rénitente, volumineuse, mobile.

La malade, sondée toutes les 24 heures, paraît uriner normalement au bout de trois ou quatre jours, mais on retire par sondage un litre environ d'urine.

Une intervention a lieu qui confirme le diagnostic de fibrome que l'on avait porté.

Dès le lendemain de l'intervention, la malade urine spontanément sans résidu.

Observation XIII. — Femme âgée de 41 ans, qui brusquement au réveil se trouve dans l'impossibilité d'uriner. Jusque-là, la malade n'a jamais présenté de troubles de l'évacuation urinaire, mais depuis quelque temps elle se plaint de douleurs lombaires augmentées par la station debout, la fatigue, calmées par le repos ; les règles sont régulières.

L'examen montre la présence à l'hypogastre d'une tumeur liquide : la vessie est en rétention.

Le toucher vaginal révélait la présence d'un fibrome du col. Nous voyons qu'il n'est pas du tout exceptionnel que la rétention d'urine apparaisse comme premier symptôme d'un fibrome.

Nous n'allons pas étudier successivement les différentes affections que nous avons énoncées au début de ce chapitre.

Non seulement elles agiront par le même mécanisme que le fibrome, mais les phénomènes de rétention y sont perdus dans le cortège des symptômes cliniques qui les caractérisent.

Cependant, avant de passer à l'étude des troubles statiques, nous allons envisager une cause de rétention rare, intéressante parce que rencontrée dans le jeune âge, au moment de la puberté.

Hématocolpométrie. — On l'observera chez des enfants de 13 ans, ayant un parfait développement de leurs caractères sexuels qui présentent périodiquement les symptômes d'une fluxion prémenstruelle sans avoir d'écoulement sanglant. Par suite de l'imperforation hyméniale, une importante quantité de sang s'accumule dans le vagin, la cavité utérine. On assiste à l'ascension de l'utérus, refoulant en avant la vessie.

Des phénomènes douloureux ne tardent pas à faire leur apparition car il se forme une volumineuse tumeur hypogastrique atteignant l'ombilic.

MARION rapporte le cas d'une fillette de 12 à 13 ans, qui avait été prise brutalement d'une rétention com-

plète d'urine, après avoir évacué la vessie par sondage on constata l'existence d'un hymen imperforé.

L'ouverture à la sonde cannelée donna issue à une considérable quantité de sang. La rétention cessa aussitôt après.

Nous empruntons à ZWELLINGER l'observation analogue, mais où le diagnostic ne fut pas posé tout de suite.

Observation XIV. — P. Annette, âgée de 12 ans et demi, entre dans le service d'Urologie pour une rétention d'urine complète, installée brusquement 36 heures auparavant et persistant.

C'est une petite fille bien développée qui se plaint de douleurs lombaires irradiant dans le bas-ventre, avec une envie intense d'uriner. L'abdomen est douloureux à la palpation, celle-ci révèle l'existence d'un globe vésical.

Un cathétérisme permet de retirer deux litres d'urine. Un nouvel examen est alors pratiqué. Il montre l'existence d'une volumineuse masse hypogastrique remontant jusqu'à l'ombilic.

Un interrogatoire plus précis, révèle que l'enfant, jusque-là bien portante, a présenté 26 jours auparavant une crise de rétention aiguë complète, comparable à celle qui l'amène actuellement dans le service.

Précédée de dysurie, de pollakiurie, elle dura 48 heures, un sondage évacua 3 litres d'urine. Les mictions spontanées réapparurent, d'abord difficiles. La petite malade urina librement au bout de 4 à 5 jours. Elle n'a pas encore été réglée mais ses seins sont nettement augmentés de volume ; un examen vaginal révèle l'existence de l'imperforation hyméniale.

Notons qu'une telle cause de rétention peut se rencontrer chez de très jeunes enfants. Ce n'est plus là le domaine gynécologique ; il nous paraît intéressant de le signaler, car vu le jeune âge de l'enfant on ne pensera pas à la possibilité de l'hématocolpos. Or il existe chez le nouveau-né un exsudat séro-muqueux vaginal qui peut, dans les premiers jours de la vie, aller jusqu'à un écoulement séro-hématique.

CARLOS SALAZAR DE SOUZA rapporte le cas d'une enfant de 25 jours qui n'urina pas de 48 heures ; on

constata l'augmentation de volume de l'abdomen, un sondage permit l'écoulement d'une grande quantité d'urine ; on répéta les sondages jusqu'à ce qu'un examen montra un hymen sans orifice vaginal qui bombait. L'incision donna issue à un liquide séro-hématique.

Si nous nous sommes ainsi étendue sur ce diagnostic exceptionnel, c'est que la méconnaissance de cette malformation peut amener l'apparition de graves phénomènes péritonéaux, alors qu'un traitement bien simple soulagerait immédiatement l'enfant.

Rétention par trouble de la statique utérine. — Les cas de rétention dus à des déviations utérines ou à des prolapsus sont exceptionnels. Ils se produisent dans des circonstances bien spéciales.

Déviation. — C'est essentiellement la rétrodéviation qui en est responsable, et presque toujours il s'agit d'un utérus gravide. Il y aura compression du col vésical.

S'il s'agit d'un utérus non gravide, LARROYENNE a montré qu'il suffisait de repousser légèrement du doigt la masse utérine qui proémine dans le cul-de-sac postérieur, pour permettre une évacuation spontanée, au moins en partie de la vessie.

Rarement brutale, la rétrodéviation d'un utérus gravide s'établit en général insidieusement. Les troubles urinaires observés seront souvent considérés comme banaux au cours de la grossesse. Une rétention s'installera-t-elle, elle prendra le masque d'une incontinence, car il y aura mictions par regorgement. Il s'établit alors un véritable cercle vicieux. La rétention d'urine, qui n'était tout d'abord qu'une conséquence de la position anormale de l'utérus, va tendre à exagérer celle-ci par la suite.

Si le trouble reste ignoré, on aboutira à l'incarcération de l'utérus gravide avec un tableau excessivement sérieux : à une cystite d'abord légère va succéder une cystite hématurique, puis purulente et finalement gangréneuse. La vie de la malade est en danger. On est obligé de recourir à un avortement qui ne la sauve pas toujours. On n'aboutira à une telle catastrophe que si l'on néglige de faire des examens gynécologiques au cours de la grossesse.

Observation XV. — Herveine K. entre le 17 avril 1941 dans le service de Gynécologie, pour douleurs abdominales violentes et oligurie.

La malade serait enceinte de trois mois ; depuis 24 heures elle souffre de douleurs abdominales violentes irradiant dans les lombes. Elle n'a uriné que très peu malgré des envies fréquentes et impérieuses.

L'examen de l'abdomen montre une tuméfaction sous-ombilicale analogue à celle des gros kystes de l'ovaire, du volume d'une tête d'enfant. Un sondage la fait disparaître, il évacue 1 litre 700.

Un examen génital montre que le col est à la vulve, il est conique, très allongé, un peu ramolli, regardant en avant. On trouve en arrière, dans le Douglas, le corps utérin qui y a basculé.

Le diagnostic de grossesse ayant été posé, on réduit aisément la rétro-déviatiou utérine, en mettant la malade en position de Trendelenburg, mais elle se reproduit tout aussi aisément. La malade reste dans le service jusqu'au 27 avril, à ce moment la rétroversion ne se produit plus.

Les prolapsus. — Ce n'est que lors d'un déplacement brusque de l'utérus à l'occasion d'un effort, d'un traumatisme chez une femme jeune, que l'on pourra observer des phénomènes rétentionnels. Ces prolapsus acquis sont rares. Ils s'accompagnent d'une incontinence incomplète et chronique qui ne sera bien souvent caractérisée par aucun signe subjectif. C'est seulement après une miction que l'on pourra se rendre compte de l'existence dans la vessie d'une certaine quantité d'urine qui sera très vite trouble, après précipitation de calcul.

Pathogénie. — Il faut un prolapsus très prononcé pour amener la coudure de l'urètre, un cystocèle assez important ; en ce cas, le bas-fond vésical se trouve très nettement au-dessous de l'orifice urétral : or la contractilité vésicale de cette région est nettement diminuée. Cette situation anormale la met aussi hors de portée du muscle abdominal.

TROUBLES PARÉTIQUES. — En dehors de toutes lésions de l'arbre urinaire et sans qu'aucune influence mécanique puisse intervenir, soit localement soit à distance, on rencontrera de la parésie vésicale dans les foyers d'inflammation, la vessie paraît impressionnée à distance par l'infection.

Avant que tout autre signe ne soit apparu, une rétention d'urine peut marquer le début d'une phlébite pelvienne. Elle a donc une grande valeur dans le diagnostic de celle-ci.

Rencontrée après les opérations gynécologiques, après certains accouchements elle sera passagère. Nous pouvons encore invoquer les facteurs nerveux et congestifs. Enfin l'hyperfolliculinémie serait responsable de troubles parétiques, la vessie distendue, l'urine ne s'évacuerait pas.

INCONTINENCES

Jusqu'ici les incontinenes d'origine génitale, dues à un facteur mécanique, étaient seules connues. Actuellement on tend à prouver l'existence d'un facteur hormonal.

Nous allons d'abord étudier les incontinenes compliquant les prolapsus utérins, les antéflexions, les malformations utérines, ainsi que celles compliquant les fibromes. La perte d'urine involontaire survient uniquement en position debout, en particulier à l'effort, au rire, à la toux, à l'éternuement.

Dans les prolapsus, elle en constitue parfois le premier symptôme. Il faudra savoir rechercher les petits signes de prolapsus à peine ébauché. L'examen se fera en position debout, après un effort de la malade, on verra bomber la paroi antérieure du vagin au niveau de la commissure antérieure de la vulve, immédiatement en arrière du méat urinaire.

Mécanisme. — Par suite de l'adhésion de la déchirure des releveurs, la descente de l'utérus va se produire, entraînant un abaissement de la paroi antérieure du vagin. La vessie glissera à son tour.

Mais pour que l'incontinence se produise, il faut qu'il

y ait en plus une insuffisance du sphincter vésico-urétral, consécutive elle aussi à un traumatisme obstétrical. C'est cette insuffisance relative du sphincter urétral qui explique que la perte d'urine soit purement orthostatique. En position debout aussi bien qu'à l'effort, la pression vésicale se trouve augmentée. Le sphincter ne peut plus s'opposer au passage de l'urine. Une cure du prolapsus utérin complétée par la réfection du sphincter suffira à guérir ces femmes d'une infirmité qui leur rend la vie intolérable.

Dans les antéflexions utérines. — Le dôme vésical se trouvera considérablement gêné par l'utérus. La sensation acquise par le toucher vaginal combinée au palper abdominal permettra le diagnostic. En outre, un examen cystoscopique montre un sommet vésical, convexe en bas, refoulé par le corps utérin, avec une bulle d'air immédiatement en arrière.

Lors de la position couchée la perte d'urine disparaît, parce que l'utérus et la vessie retrouvent alors leurs positions respectives normales.

Dans les malformations utérines. — C'est le cas classique d'ALBARRAN chez une jeune femme de 19 ans, mal développée, qui présente depuis ses premières règles une incontinence absolue en position debout. L'examen montre un utérus petit, en antéflexion, l'absence de cul-de-sac vaginal antérieur. La vessie et l'urètre paraissent normaux. On intervient chirurgicalement : la paroi postérieure de la vessie adhère anormalement à la face antérieure de l'utérus atrophié. Le décollement de ces adhérences guérit à peu près complètement la malade.

Dans le cas de fibrome adhérent à la vessie, il se passe un phénomène analogue, mais il faut que le dévelop-

pement du fibrome se fasse progressivement. On voit alors la vessie aplatie à la surface de la tumeur, sa cavité devient en quelque sorte virtuelle.

Mais il est un facteur autrement intéressant, occasionnant ainsi que le montre l'observation suivante, une incontinence aussi bien diurne que nocturne. Il s'agit de l'hyperfolliculinémie. Nous empruntons cette observation à M. LACOUR.

Une malade âgée de 29 ans entre pour incontinence d'urine à l'Hôpital Cochin. Cette incontinence se produit depuis 4 ans et pendant les 10 jours qui précèdent les règles ; elle est surtout diurne, mais survient aussi bien en position couchée que debout. La nuit il existe une légère pollakiurie.

Les antécédents de la malade révèlent une lésion pulmonaire tuberculeuse gauche pour laquelle elle fut envoyée dans un Sanatorium.

Les antécédents génitaux n'offrent rien d'intéressant à signaler.

Les urines sont claires, sans pus, ni germe, ne contenant que quelques cellules et des cristaux. A la cystoscopie on note un léger œdème du col.

Un examen sanguin montre une hypocalcémie et une hyperphosphorémie. En présence d'un tel tableau clinique, se basant sur des signes d'hyperfolliculémie : règles peu abondantes, température s'élevant à 38° dans la période prémenstruelle, turgescence des seins, on fait à la malade des injections de Progestérone. 48 heures après la première injection de 10 mmg., l'incontinence disparaît. On consolide ce résultat par deux autres injections de 5 mmg. faites à deux jours d'intervalle.

Pathogénie. — Il s'agit d'un trouble de la motilité vésicale, consécutif à une hypocalcémie qui provoque-

rait des crises successives de tétanie vésicale. Le rôle des hormones ovariennes dans les tétanies a été mis en évidence ces derniers temps par une série d'expériences, l'hyperfolliculinémie provoquerait l'apparition d'une hypoparathyroïdie jusque-là latente.

Un cas de SERGENT semble le démontrer : une malade avait des crises de tétanie que des extraits de parathyroïde, une médication calcique n'arrivaient pas à juguler. La radiothérapie ovarienne en vint à bout.

LONGWORTHY a montré que l'administration prolongée de folliculine à des chats castrés, aboutit à une diminution de la capacité vésicale dans 75 p. 100 des cas.

Une diminution de la capacité vésicale a été notée par HOFFMAN et TREIL chez des femmes au voisinage de la ménopause. Mais tout ceci est encore peu nettement établi.

LES CYSTALGIES

Ce sont des états douloureux de la vessie, indépendants de toute altération anatomique de cet organe. Les cystalgies sont très fréquentes chez les femmes. Chez elles toutes les douleurs uro-génitales retentissent dans une région médiane centrale correspondant à la vessie, qu'il s'agisse d'ailleurs de douleurs de lithiase urinaire ou de métrorhagie. La douleur siège au niveau de l'hypogastre, irradiant vers la vulve, le clitoris, les aines, le sacrum. Son intensité est variable. Elle peut être très vive, à type de coliques viscérales ; elle serait due à une contracture du muscle vésical et nous retrouverons peut-être en certains cas le facteur hormonal précédemment étudié.

« Pour instaurer une chirurgie physiologique des douleurs viscérales sans lésions anatomiques décelables, écrit LERICHE, il ne faut peut-être pas toujours s'adresser aux plexus nerveux ; il y a vraisemblablement une thérapeutique endocrinienne de ces douleurs viscérales, rattachables à des tétanies latentes. »

Il était cependant tout naturel de rattacher ces douleurs à des souffrances nerveuses. La complexité des fibres nerveuses pelviennes, leur intrication, leur situation en certains points à l'intérieur même des paramètres, dans l'espace pelvi rectal expliquent à quel tra-

matisme peuvent les soumettre les déplacements utérins: en ce cas les filets nerveux seront l'objet de tiraillements incessants, amenant des élongations, des écrasements, des fibres nerveuses.

Dans les douglassites ils seront comprimés.

Dans les paramétrites ils seront irrités par le processus inflammatoire, calmés en ce cas par le repos, exacerbés au moment de poussées congestives. Un toucher rectal permettra de sentir la base du ligament : large infiltrée, rétractée, douloureuse, c'est à ce niveau que siège l'inflammation qui a pu avoir pour origine une métrite cervicale, une métro-annexite ou même simplement une vaginite.

Il faudra savoir distinguer ces cystalgies des douleurs dues à une névrite par le radium, au tabès, à un néoplasme utérin propagé à la vessie.

On observe chez les arthritiques et les uricémiques, un syndrome analogue s'en différenciant par de la pollakiurie est des urines troubles.

LES CYSTITES

La cystite chez la femme, « ainsi que l'énonçait déjà GUYON, » n'offre de spécial et d'intéressant que les conditions dans lesquelles elle se produit.

Les signes cliniques en seront banaux : Fréquence des mictions, surtout nocturnes, douleur accompagnant ou suivant la miction, une pyurie variable, très rarement des hématuries, peu ou pas de fièvre. Suivant la gravité de la cystite, ces symptômes présenteront une plus ou moins grande intensité.

La cystite est l'aboutissement final de presque tous les troubles vésicaux dont nous venons d'étudier l'étiologie, pour peu qu'ils persistent un certain temps sans être traités. Toutes les conditions favorables à l'infection : congestion, rétention, sont entrées en jeu. Il suffira de l'apport d'un germe quelconque pour voir se déclancher la cystite. Elle sera souvent consécutive à un sondage fait avec une aseptie insuffisante.

Nous ne saurions revenir sur ce sujet déjà vu, non plus que sur les cystites de la ménopause. Quant aux cystites de la femme enceinte et de l'accouchée, ce sont là questions intéressant l'obstétricien et non le gynécologue.

Cependant nous retrouvons en ce paragraphe l'action

de l'hyperfolliculinémie dans la genèse de certaines cystites et son rôle nous paraît indiscutable : outre les cystites qui sont des complications du phénomène moteur ou congestifs d'origine hormonale déjà relatés, il en est qui paraissent être directement sous la dépendance de l'hyperfolliculinémie, celle-ci facilitant *in vivo* le développement des colibacilles et la réceptivité de l'organisme à ce germe.

In vitro on a observé des modifications morphologiques des colibacilles. Les expériences de CHERAY et NETTER ont prouvé que l'hyperfolliculinémie amenait la sensibilisation des souris et des rats à l'activité du colibacille et de ses toxines.

M. LACOUR cite une observation qui nous paraît particulièrement démonstrative :

Observation XVI. — Il s'agit d'une femme dont les règles furent abondantes jusqu'à l'âge de 19 ans. A ce moment-là apparaît de l'oligoménorrhée, les règles ne durent plus que 2 à 3 jours, elles sont précédées de turgescence des seins, de ballonnement abdominal et de troubles digestifs variés ainsi que d'une augmentation de nervosité.

Des signes de cystites s'ajoutent à ce tableau de tension prémenstruelle : ils apparaissent chaque mois pendant 8 années consécutives, débutant au 15^e jour du cycle menstruel, s'exacerbant la veille et l'avant-veille des règles, pour disparaître avec l'apparition de celles-ci.

De temps à autre pendant cette période la malade ressent des douleurs rénales passagères. Les signes d'infection sont peu nets mais on retrouve à plusieurs reprises du colibacille dans les urines. Des cystoscopies répétées révèlent une muqueuse vésicale parfaitement saine.

Considérée comme une insuffisante ovarienne, pendant huit ans, la malade subit plusieurs fois par an un traitement à base d'extraits ovariens, puis ensuite de folliculine. Tous les traitements urologiques restent inefficaces.

En 1938, une injection intramusculaire de propionate de Testostérone est faite, elle détermine une sédation des douleurs vésicales.

En novembre 1938 un médecin lui prescrit du Benzoate d'oestradiol ; le lendemain de la troisième injection, à la veille de ses règles, elle a une violente crise de coliques néphrétiques, non suivie d'émission de

calcul ; le traitement étant continué, nouvelles crises le 15^e jour et le 27^e jour du cycle menstruel. Une radiographie, une pyélographie, montrent des bassinets et des uretères normaux.

Le traitement est toujours continué, la cystite réapparaît avec présence de colibacilles dans les urines. Cet état va durer pendant 4 mois avec une crise de coliques néphrétiques toutes les semaines et des poussées suraiguës de cystite dans les 10 jours précédant les règles.

En avril 1939, cinq injections intramusculaires de 5 mmg. de progestérone sont faites durant la période prémenstruelle. On assiste à la disparition progressive des signes de cystite.

Nous sommes en présence d'une cystite apparue chez une femme vraisemblablement hyperfolliculinique. A ce propos, il est certain qu'une critique sérieuse peut être faite à ces observations de syndrome hyperfolliculinique, justement l'absence de preuves formelles d'hyperfolliculinémie : nul dosage, nulle biopsie n'ont été faits. Néanmoins la clinique peut souvent se passer du laboratoire et l'épreuve du traitement nous paraît concluante. Nous allons nous attacher à l'étude des cas où le même germe se trouve à l'origine des phénomènes infectieux génitaux et vésicaux. Si l'on ne sait trouver leur véritable foyer d'origine, les cystites vont se montrer rebelles à tous les traitements.

Elles ne sont pas dangereuses par elles-mêmes, mais leur longue durée déprimera la malade. Elles seront une menace constante d'infection rénale.

L'invasion des deux appareils peut se faire simultanément par le gonocoque par exemple ou le streptocoque, dans les infections du post partum en particulier.

Mais dans de nombreux cas il existe une infection primitive de l'appareil génital, s'étant compliqué d'une infection vésicale. La pénétration des agents pathogènes venus de l'utérus ou du vagin pourra se faire directement ; elle sera grandement facilitée par la brièveté de l'urètre, sa direction, la situation du méat et la fré-

quente perte de tonicité du sphincter urétral qu'il s'agisse d'une femme âgée, ou d'une femme ayant subi des traumatismes obstétricaux. Les germes pourront ainsi gagner la vessie par voie sanguine, par voie lymphatique, mais également à travers les fausses membranes d'une suppuration annéxielle.

Nous allons envisager tout spécialement quelques cas particuliers.

Cystites d'origine vaginale. — Une sécrétion vaginale anormale a pu entraîner par des phénomènes d'irritation, une urétrite, suivie d'une trigonite. Les vaginites et les vulvites granuleuses des vieilles femmes sont très souvent compliquées de cystite. Enfin des microorganismes, hôtes habituels du vagin peuvent exceptionnellement émigrer dans la vessie et y devenir une cause de cystite. C'est ainsi que *Trichomonas vaginalis* qui se rencontre chez un très grand nombre de femmes, se comportent ordinairement comme un saprophyte. Il peut, du fait de sa pullulation, devenir l'origine d'une mucorrhée, d'une vulvo-vaginite.

Et c'est ainsi que des cystites aiguës ont pu être observées en liaison avec une recrudescence de leucorrhée, chez des leucorrhéiques chroniques. L'abondance du trichomonas dans la sécrétion vaginale, en l'absence de toute flore microbienne pathologique, notamment gonococcique leur présence dans l'urine recueillie aseptiquement, permettent d'affirmer qu'il s'agit d'une cystite à trichomonas.

Pour quelle raison ce flagellé inoffensif : devient-il pathogène? — On a tenté de l'expliquer par des modifications du Ph urinaire. Un traitement vésical en pareil cas sera inefficace tant que l'on n'aura pas atteint les parasites dans leur repère : les culs-de-sac vaginaux.

Les cas de cystite trichomonas sont assez rares. MORENAS et Mlle BUTAVAND en ont décrit 5 cas.

Nous avons trouvé dans une publication l'observation suivante :

Observation XVII. — Une jeune fille de 23 ans présente des douleurs hypogastriques avec mictions pénibles, urines troubles, apparues depuis quelques jours ; les crises douloureuses vésicales sont accompagnées de mictions très fréquentes, les urines n'ont jamais été sanglantes.

Examen clinique. On note une sensibilité assez vive à la pression de la région hypogastrique. La muqueuse vulvaire est congestionnée. Des petites taches blanches, crémeuses, s'écoulent par l'orifice vaginal. Un prélèvement est fait, révélant dans ce muco-pus vaginal une grande quantité de trichomonas vaginalis typiques.

Les urines sont troubles, ont un aspect lactescent, sont malodorantes, on retrouve dans le culot de centrifugation les trichomonas.

A la suite d'un traitement vaginal bi-quotidien : solution de borate de soude, ovule, et absorption de cachets de thérébentine, les troubles disparaissent.

Cystites d'origine utérine. — Consécutives à une métrite à colibacilles, il peut y avoir primitivement une infection colibacillaire des organes génitaux. Il existe alors une leucorrhée légère, fluide, un peu filante, plus ou moins opaline, muco-purulente parfois mais ne donnant jamais lieu à de grosses glaires comme le gonocoque. Les lèvres du col sont d'une rougeur vive ; les lésions sont relativement localisées. Dès leur début on peut voir une rougeur du méat urétral qui ne tarde pas à être suivie d'une urétrite et d'une cystite.

Plus intéressantes à étudier sont les cystites dues à une cervicite utérine. Les inflammations chroniques du col utérin sont tout particulièrement responsables d'un certain nombre de cystites. Ce sont des malades que l'on traite pour une urétrite ou une lésion du col vésical par des lavages au nitrate d'argent ; elles partent guéries en apparence et reviennent après un laps de temps

plus ou moins long avec les mêmes symptômes qui ont fait leur réapparition.

Il s'agit de femmes présentant des leucorrhées anciennes et un interrogatoire précis révèle que les phénomènes vésicaux coïncident avec une recrudescence de la leucorrhée ; elles ont des douleurs intermittentes qu'elles localisent profondément en arrière du pubis et qui s'irradient plus ou moins le long de l'urètre.

Un examen vaginal montre en ce cas un gros col de consistance dure, parfois hypertrophié, plus ou moins déchiré s'il s'agit d'une multipare. Il présente des érosions vernissées avec des saillies irrégulières. Les culs-de-sac vaginaux manquent de souplesse, leur sensibilité est exagérée. Le méat urinaire est fréquemment œdémateux. La muqueuse urétrale est presque toujours prolabée à ce niveau.

Un examen histo-bactériologique révèle une abondance de polynucléaires des cellules endothéliales, des germes variables : colibacille, staphylocoque et surtout streptocoque et entérocoques. Le foyer vésical n'est donc qu'un foyer secondaire, résultat d'une continuelle inoculation. Par quelle voie se fait celle-ci ? Il semble tout d'abord que l'on doive donner la première place à la voie lymphatique. Mais on ne saurait nier que les microbes peuvent emprunter la voie sanguine ou urétrale ainsi que la voie transpariétale mise en évidence par les expériences déjà anciennes de REYMOND : Il prouva la disparition des cystites, après l'ablation des organes génitaux malades ; la présence des mêmes germes dans la vessie et l'utérus. Il réalisa expérimentalement l'infection vésicale en inoculant dans le petit bassin à son voisinage des microbes qu'il retrouva en sa cavité.

Laissée à son évolution, la cystite va avoir une marche irrégulière. Des périodes d'accalmie alterneront avec des crises paroxystiques. Elle persistera tant qu'il existera au voisinage de la vessie les germes « cause de sa congestion et source de son infection » gâtés dans les glandes profondes du col. Seule une cautérisation du col en viendra à bout.

Observation XVIII. — R. Raymonde, âgée de 26 ans, serveuse dans un café. Entre dans le service de Gynécologie le 6 juin 1940 pour douleur à la miction et pertes blanches.

On note dans ses antécédents une spécificité apparue en 1937, un traitement fut entrepris à cette date. Des bronchites chroniques chaque hiver. Les antécédents familiaux sont chargés : une sœur décédée de bacillose à 21 ans, un mari décédé en 1938 de bacillose ainsi qu'un fils de 4 mois. Elle a eu deux grossesses, la dernière a été suivie d'une infection du post-partum. En 1935 elle fait une fausse couche, ses règles jusque-là régulières deviennent douloureuses, irrégulières.

Depuis 10 jours, elle présente des brûlures à la miction, est réveillée la nuit par le besoin d'uriner. Il existe le jour une pollakiurie intense.

L'examen gynécologique montre un col utérin regardant un peu en avant, un corps utérin perçu en arrière en rétroversion. On ne peut le remettre en position normale.

L'examen au spéculum montre un col utérin dont la lèvre antérieure est retournée en sabot. Il est rouge. Il existe de petites plaques vernissées.

Une prise aseptique d'urine est faite et montre la présence de pus, de nombreuses hématies, des bacilles à gram négatif. Une culture montre qu'il s'agit de colibacille. Un examen de la glaire cervicale montre la présence de nombreux leucocytes et de colibacilles.

Observation XIX. — F. Pierrette. Entre le 13 janvier 1945 à l'hôpital pour troubles urinaires.

C'est une femme dont les règles normales, reviennent tous les 28 jours, et durent 8 jours ; elles sont légèrement douloureuses. Il existe des pertes incolores entre les règles. Depuis trois mois elle se plaint de maux de tête. Des douleurs rénales accompagnent une pollakiurie diurne et nocturne. Il existe des pertes blanches continuelles, assez abondantes, jaunâtres.

L'examen génital révèle l'existence d'un col de volume normal mais limité dans sa mobilité. Le corps paraît normal. Le cul-de-sac gauche est douloureux, on y perçoit une masse du volume d'une orange, fixée,

sensible à la pression. Le Douglas est peu dépressible. Un examen des sécrétions a donné les résultats suivants : présence d'albumine; d'hématies, absence de leucocytes. Pas de germe. Vernes-résorcine est à 92.

On porte le diagnostic d'annexite bacillaire.

La malade sort du service avec le traitement suivant : héliothérapie, vaccin de Vaudremer.

Le 27 mars 1945 elle revient dans le service. Les signes urinaires se sont accentués ; il existe une cystite nette, accompagnée de douleurs partant des lombes et irradiant vers la vulve. Un traitement vésical est entrepris : lavage au nitrate d'argent. Un examen radiographique du rein après injection de ténébryl est fait. On peut se demander, en présence d'une telle réaction urinaire, si les troubles pris d'abord pour de simples phénomènes d'irritation ne signent pas une atteinte bacillaire de l'appareil vésical. Cependant, un examen d'urine a donné les résultats suivants : Hématies, Leucocytes, Culture négative. présence Albumine.

Observation XX. (Nous l'empruntons au docteur WEISBERG). — Mme Charles X., âgée de 51 ans, est envoyée à la consultation de la clinique Urologique pour cystite chronique et prolapsus de la muqueuse de l'urètre récidivant.

Cette femme, réglée à 13 ans, mariée à 19 ans, a eu un premier accouchement à l'âge de 20 ans, avec déchirure du col. Il y a quelques années, apparition de troubles urinaires sous forme de mictions fréquentes, avec émission d'urine trouble. Douleur à la fin de chaque miction. Un traitement est prescrit : repos au lit, antiseptiques urinaux, lavages vésicaux. L'état de la malade est nettement amélioré.

En 1929, douleur au niveau du méat, à la fin des mictions, pendant la marche. D'abord de simples cuissons, les douleurs deviennent violentes. On cautérise le polype urétral.

Depuis 4 mois, reprise de la pollakiurie, des douleurs, les urines sont troubles avec un dépôt lourd, abondant. Or il existe des pertes vaginales glaireuses persistantes.

Un examen montre un col utérin gros, dur, étalé, déchiré. Ce col hypertrophié, en bouchon de champagne, présente de multiples érosions. L'examen vésical montre une capacité normale, des lésions de cystite chronique. Analyse d'urine recueillie par sondage : nombreux polynucléaires, des cellules épithéliales, de très nombreux bacilles à gram négatif.

L'électro-coagulation du col a amené une rapide amélioration des troubles vésicaux, traités par ailleurs par des lavages au nitrate d'argent.

VESSIE ET CANCER UTÉRIN

Nous ne pouvons terminer ce chapitre en passant sous silence les répercussions sur la vessie du cancer utérin.

Nous envisagerons tout particulièrement les lésions dues à la curiethérapie de ce cancer. C'est là un paragraphe un peu spécial puisqu'il s'agit de troubles qui ne sont plus dus à une affection gynécologique, mais bien au traitement de celle-ci.

Étudions tout d'abord la répercussion du néoplasme sur la vessie. Il est bien évident que ce n'est pas l'apparition de troubles vésicaux qui permettra de faire le diagnostic d'un néoplasme utérin. Ils sont tout de même importants à connaître car ils peuvent dans une certaine mesure renseigner le clinicien sur la gravité, l'étendue des lésions, sur l'imminence d'un envahissement vésical.

Un examen cystoscopique dans un néoplasme strictement limité au col utérin pourra révéler des plaques de cystites, une zone tomenteuse, mais on observera plutôt un simple bombement du trigone assez prononcé parfois pour cacher les méats urétéraux. La masse bourgeonnante cancéreuse, comblant le vagin, soulèvera le bas-fond vésical. Qu'il existe des mamelons séparés par des sillons profonds, ce sont là les « plis » décrits par

GOUVERNEUR et pathognomoniques de l'envahissement vésical.

Indépendamment de toute lésion cancéreuse vésicale, il pourra exister une cystite congestive intense, révélant l'existence d'une infection génitale, et en particulier utérine. C'est là un signe d'importance capitale. Il faut savoir déceler avant un traitement par le radium l'existence d'une métrite qui obligerait par la suite à suspendre le traitement. L'on sait les dangers de ces doses insuffisantes de radium qui ne font que stimuler les processus de néoformation.

Nous arrivons maintenant aux lésions de radium-nécrose vésicale dont le diagnostic est parfois très délicat.

S'agit-il d'une propagation du cancer à la vessie ?

S'agit-il d'une radionécrose ? On conçoit toute la gravité de ce problème. Si l'on est en présence de lésions dues au radium, toute nouvelle application va les aggraver de façon catastrophique. Le fait que les accidents vésicaux apparaissent assez tardivement parfois ne facilite pas notre tâche. Quels sont les troubles observés :

Une cystite intense :

Pollakiurie,
Douleur à la miction,
Pyurie - Hématurie.

De tels signes ne s'appliquent-ils pas aussi à une tumeur vésicale infectée ? Mais le toucher vaginal montrera un col sclérosé, avec absence de signes de récidives : les culs-de-sac, la paroi vésico-vaginale sont souples. On constate l'intégrité des paramètres.

L'examen cystoscopique montre au niveau du bas-fond vésical en arrière du trigone, point où la vessie se trouve le plus exposée aux effets des radiations, l'exis-

tence au centre d'une zone d'inflammation et séparée d'elle par un sillon d'élimination d'une zone mortifiée. C'est là l'ulcération. Si on la laisse évoluer elle aboutira à la formation d'une fistule vésico-vaginale ainsi que le prouve l'observation suivante :

Observation XXI (empruntée au Professeur DUVERGEY). — F. C., âgée de 75 ans.

Présente en 1928 un néoplasme utérin du col. Le diagnostic est confirmé par une biopsie. Un traitement par le radium est mis en œuvre. En 1936, apparition d'une cystite soignée par des désinfectants urinaires. En 1938, hématurie importante, totale, plus marquée à la fin de la miction et s'accompagnant de caillots avec phénomènes de dysurie. Le médecin qui la soigne porte le diagnostic de récédive du cancer au niveau de la vessie.

Elle entre à l'hôpital avec ce diagnostic. L'examen à son entrée montre un aspect profondément infecté, une anémie extrême, les urines sont purulentes. Une hématurie abondante interdit tout examen cystoscopique. Rendu possible le 18 octobre, il met en évidence une volumineuse ulcération siégeant dans la région du col vésical. On n'élimine pas tout de suite le diagnostic de cancer. Un examen biopsique fait enfin poser le diagnostic exact.

La malade meurt peu de temps après. La vessie étant dans un état de sphacèle très poussé.

A PROPOS DES FISTULES VÉSICALES

Nous n'avons nullement l'intention de décrire les fistules vésicales, qu'elles soient d'origine obstétricale ou d'origine chirurgicale, qu'elles soient vésico-utérines ou vésico-vaginales. Leur étiologie, leur diagnostic sont évidents. Par contre, les collections annexielles fistulisées dans la vessie vont retenir notre attention.

Il est certain que ces fistules sont rares ; les collections pelviennes et annexielles ont plutôt tendance à gagner les parties déclives et à s'épancher dans le Douglas et le rectum qu'à se faire jour à travers la paroi vésicale. Seules, les collections assez volumineuses pour être arrêtées au détroit supérieur ou encore celles reliées par des adhérences, à la vessie, pourront en être responsables. Il s'agira parfois d'un pyosalpinx tuberculeux gagnant de proche en proche par un semis de granulations le péritoine et la vessie. Il se forme parfois un véritable bloc vésico-utéro-annexiel, dur et adhérent.

D'autrefois une trompe distendue par un liquide caséeux, enveloppera dans les franges enflammées de son pavillon, un ovaire gros et purulent accolé à la vessie.

L'ouverture de la collection sera favorisée par la menstruation, une grossesse, une surinfection, le plus souvent gonococcique.

Signes cliniques : Le principal et parfois l'unique symptôme est la pyurie. Elle passera rarement inaperçue mais sera souvent mal interprétée. Si nous en croyons l'observation de BARBET PASTEAU que voici :

Observation XXII. — Il s'agit d'une malade qui a présenté en 1918 une grippe et 5 mois après un syndrome infectieux urinaire avec pyurie, dysurie. On la traite alors par des auto-vaccins successifs.

En 1923 : réapparition d'urine très purulente ; on fait à ce moment une radiographie de l'arbre urinaire qui ne révèle rien d'anormal. Un examen cystoscopique montre des méats uretéraux gros, irréguliers, saillants, ainsi qu'une zone ulcérée. On fait une séparation d'urine, une inoculation au cobaye fait écarter le diagnostic de tuberculose rénale.

En juin 1924, présence d'entérocoque dans les urines, une nouvelle cystoscopie donne les résultats suivants : le méat droit est normal, en dehors de lui existe une saillie à sommet ulcéré en cratère, séparée du méat par un sillon profond. La muqueuse vésicale est saine par ailleurs.

Un point appendiculaire est découvert, on envisage la possibilité d'une appendicite avec abcès ouvert dans la vessie. Une intervention est décidée, elle a lieu le 16 juin 1924. Le chirurgien découvre une salpingite droite adhérent à la vessie par des tissus scléreux au milieu desquels se perd le trajet fistuleux.

Résection des annexes, drainage. Les urines redeviennent claires dès le premier jour. La guérison amène la disparition totale des troubles vésicaux.

Sur quels signes doit-on se baser pour poser ce diagnostic ?

Rien ne permet de déceler cette complication à son début. Les douleurs pelviennes avec signe de réaction vésicale attirent fortement l'attention sur l'appareil urinaire. Les troubles peuvent apparaître brutalement, ou s'installer plus insidieusement. Ils pourront durer des années, les urines restant claires. Soudain c'est l'apparition de la pyurie accompagnée d'un syndrome infectieux à grand fracas. Température à grandes oscillations, phénomènes généraux importants. Les urines sont épaissies, sanglantes. La pyurie est continue. Tel est le ta-

bleau clinique des perforations vésicales consécutives à des abcès chauds.

S'il s'agit d'une collection tuberculeuse, la perforation se fera insidieusement : les urines troubles, grumeleuses, contiendront des bacilles de Koch, on pensera tout naturellement à l'existence d'une bacillose rénale.

En l'absence de tout traitement, la guérison spontanée sera exceptionnelle ; l'affection restera chronique avec parfois une pyurie intermittente par suite de l'existence d'un véritable clapet au niveau de l'orifice fistuleux. Mais on assistera tôt ou tard à l'apparition d'une complication mortelle.

Tuberculose génitale. Ouverture dans la vessie d'un abcès pyo-stercoral.

Mal de Pott. Guérison. (Observation due à l'obligeance du Professeur AIMES.)

Mme D. Ernest, âgée de 35 ans, a été atteinte, en avril 1935, d'une infection générale à allure typhoïde. Un mois après le début apparaît une masse inflammatoire occupant toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen et le pelvis. Après quelques semaines d'observation, cette masse se collecte sous la forme d'un abcès abdominal, tandis que du côté du pelvis, on constate la présence d'une masse d'une grande dureté. Un chirurgien pratique deux incisions abdominales : l'une médiane, l'autre latérale gauche. L'examen du pus ne permet d'identifier aucun germe. Quelques semaines plus tard, les matières fécales font issue par les deux fistules.

La malade, dont l'état ne s'est pas amélioré, est amenée à Montpellier le 23 mars 1940, en état de subocclusion durant depuis huit jours ; l'état général est altéré, la malade est très amaigrie. L'abdomen est distendu, les deux fistules secrètent une petite quantité de pus et de matières. Le pelvis est entièrement envahi par une masse volumineuse dure, qui bloque le pelvis ; elle est surtout développée du côté gauche, mais les annexes droites sont également augmentées de volume, dures, fixées. Il s'agit donc d'une tuberculose génitale très étendue, à début aigu ayant simulé une fièvre typhoïde.

La malade reçoit du sérum artificiel, du sérum hypertonique intraveineux, de la péristaltine, de l'huile de ricin, des lavements, de l'huile camphrée ; elle va à la selle le 26 mars. Le taux de l'indice du Vernes-résorcine est de 121, le 6 mai.

La malade quitte la clinique très améliorée le 20 juin 1940, elle se rend au bord de la mer pour cure hélio-marine ; elle est traitée par le vaccin de Vaudremer (émulsion faible, le calcium intraveineux et les ioniques généraux : Cinnozyl, Hémostérine irradiée, etc. Son état se remonte rapidement, les deux fistules, sous l'influence des bains de soleil, se ferment peu à peu, elles restent parfois plusieurs jours sans sécréter.

Mais il se produit une fistulisation dans la vessie de l'abcès pyostercoral et la malade est confiée au Professeur TRUC.

L'azotémie est normale, mais les urines contiennent du pus, des colibacilles, des matières fécales. La vessie est mise au repos pendant une huitaine de jours, grâce à la sonde à demeure, puis une cystoscopie est pratiquée qui permet de constater la présence d'une zone ulcérée oedémateuse au niveau du méat urétéral droit ; au-dessous de celui-ci on découvre un orifice fistuleux par lequel il sort du pus. La sonde à demeure est à nouveau mise en place et l'on conseille des lavages vésicaux à l'argyrol, ainsi qu'une thérapeutique tendant à limiter l'infection urinaire et intestinale. La sonde est changée tous les 3 ou 4 jours, elle restera en place jusqu'en mars 1944.

En décembre 1940, la malade souffre de la colonne lombaire, un examen radiographique du Professeur LAMARQUE montre : « une sacralisation de la 5^e L. ». D'autre part, on trouve une forte scoliose lombaire. Entre D12 et L1, il existe un pincement très marqué, plus accusé sur le bord droit que sur le bord gauche, avec une gibbosité permettant de conclure à une ostéo-arthrite évolutive dorso-lombaire. A noter qu'il y a quelques lésions osseuses par érosion sur la face antérieure et supérieure de la première lombaire.

Le 24 avril 1941, l'indice du Vernes-résorcine est tombé à 88. Un nouvel examen radiographique du 31 mars 1942 (Professeur LAMARQUE) montre « un contact intime entre D12 et L1 consécutif à un foyer d'ostéite qui intéresse le bord inférieur de D12 et le bord supérieur de L1. Cet effondrement osseux a entraîné une gibbosité très marquée. A l'heure actuelle, on peut constater une bonne calcification. Les lésions ne semblent plus devoir être considérées comme évolutives. Si la gibbosité s'est accentuée légèrement, on peut constater que la scoliose s'est améliorée. »

La malade rentre chez elle en novembre 1942, très améliorée ; elle continue les lavages vésicaux, et fait des séances de rayons ultra-violet ; la fistule médiane s'est fermée complètement ; la fistule latérale gauche ne donne plus de matières pendant quelque temps. En mars 1943, Mme D. fait une crise de néphrite, elle se rend alors à la campagne où elle reprend les bains de soleil. A la mi-avril, il se reforme un abcès du côté gauche, abcès qui se vide dans la vessie, mais qui se tarit très rapidement.

La malade est revue le 30 juillet 1943, elle est bronzée par le soleil et elle a très notablement engraisé ; son état général est floride. Les

fistules n'ont pas donné du 16 mai au 8 juillet ; à ce moment, la fistule médiane a donné un mélange de pus et de sang jusqu'au 20 juillet.

La région dorso-lombaire porte une petite gibbosité, très élevée, une masse irrégulière, très dure, du volume du poing.

Le 3 août, l'indice du Vernes-résorcine est de 100.

Mme D. rentre chez elle en octobre. La fistule médiane se rouvre et donne issue à un liquide séro-purulent peu abondant. Il n'y a plus aucun signe de cystite. Une analyse des urines prélevées aseptiquement ne révèle aucun élément anormal.

On continue les lavages vésicaux réguliers et les cures de Néotropine, ainsi que les injections de calcium intraveineux et de Cinnozyl. On reprend en décembre le vaccin Vaudremer. L'état général continue à se remonter malgré quelques poussées fébriles vespérales à 38°. Le 15 février 1944, l'indice du Vernes-résorcine est à 108. L'état général est floride et on ne constate aucun symptôme d'infection vésicale. Azotyl et Splénormone.

Un examen radiographique du 27 mars 1944 (Dr LAJOINIE) montre : « De face : déviation en scoliose de la colonne. Le foyer touche les vertèbres D12, L1 et L2 et le disque L2, L3. Les lésions sont en bonne voie de calcification.

« De profil : déviation en cyphose de la colonne dorso-lombaire. Les vertèbres touchées sont en bonne voie de calcification, mais ne forment pas encore un bloc suffisamment solide.

« De face : pas d'image de fuseau latéral-vertébral. »

La radiographie de l'abdomen sans préparation semble montrer une ombre sur le flanc droit de la colonne lombaire, partant de la hauteur du foyer Pottique et plongeant dans la fosse iliaque. »

La malade prend du Splénormone *per os* et des injections de Vitadone.

Le 21 octobre 1944, un examen radiographique (Dr LAPEYRE) montre : « Comme à l'examen du 6 septembre 1943, il existe des signes de mal de Pott lombaire avec nécrose très accentuée des 1^{re} et 2^e corps vertébraux lombaires, lésions qui sont actuellement en bonne voie de consolidation, mais avec persistance de zones de nécrose encore très prononcées et avec élargissement du psoas gauche à un abcès ossifluent. »

Le 8 décembre 1944, l'indice du Vernes-résorcine est de 79. Les urines contiennent 4 gr. 68 de sucre par litre, des traces d'albumine et d'acétone.

La malade donne régulièrement de ses nouvelles, son état général s'améliore, elle ne souffre plus, les éléments anormaux ont disparu des urines, elle peut donc être considérée comme convalescente.

Greffe osseuse d'ALBÉE sous anesthésie locale, le 7 mai 1945, sans aucun incident, réunion *per priman*.

CONCLUSION

Chez la femme bien des syndromes urinaires, et en particulier vésicaux, relèvent donc de la gynécologie, exigent un traitement gynécologique parallèle au traitement vésical.

Méconnaître cette interdépendance, ne pas faire une exploration systématique complète de l'appareil génital chez toute femme présentant des troubles urinaires, qu'ils soient bénins ou qu'ils soient graves, c'est s'exposer à faire un diagnostic incomplet, à un échec thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

- BARBET PASTEAU. — Collection annexielle fistulisée dans la vessie (*Société des Chirurgiens de Paris*, 1930.)
- BARNES. — Leçons sur les affections de la vessie dans les rapports avec les maladies utérines. (*The Lancet*, 1886.)
- BOISSARD. — Troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus. (Thèse, Paris, 1883.)
- CAFORT. — Quelques réflexions sur les cystites. (*Toulouse Médical* 5 mai 1941.)
- CAMERO (Gabriel). — Cystite douloureuse chez la femme. (Thèse Paris, 1896.)
- CHAUVIN. — Collections annexielles fistulisées dans la vessie. (Thèse Marseille, 1936.)
- COLANGRI et MARTIN. — Contribution à l'étude du syndrome entéro-uro-génital et son traitement. (*Concours Médical*, 1931.)
- COLANERI et XAVIER. — Syndrome entéro-uro-génital. (*Avenir Médical*, 1930.)
- COLLET. — Incontinence d'urine d'origine urétrale chez la femme. (Thèse Paris, 1898.)
- COMAR. — Des troubles urinaires dans les prolapsus vagino-utérins. (Thèse Paris, 1895.)
- CONDAMIN. — Cystalgies, fausses cystites. (*La Gynécologie*, 1928.)
- COUTURAT. — Incontinence d'urine par insuffisance sphinctérienne chez la femme. (*Presse Médicale*, 20 septembre 1941.)

- DACHEUX. — La vessie irritable chez la femme. (Thèse Paris, 1894.)
— Sur la dysurie douloureuse par lésion du col utérin. (*Journal d'Urologie*, 1928.)
- DAISACE. — Cystalgies à urines claires. (*Journal d'Urologie*, 1928.)
— Examen clinique de la femme au double point de vue urinaire et gynécologique. (*Journal Médecine et Chirurgie pratique*, 1933.)
— Les troubles uréthro-vésicaux chez la femme dans les maladies de l'appareil génital. (*Journal de Médecine et Chirurgie pratique*, 25 juin 1936.)
- DELBET. — L'incontinence d'urine, dite essentielle. (*Revue de Chirurgie*, Paris, 1925, p. 483.)
- DESMONT. — Sur les dysuries douloureuses. (*Société Française d'Urologie du Sud-Est*, Marseille, 1934.)
- DUVERGEY. — Radionécrose vésicale. (*Journal d'Urologie*, n° 1, 1943.)
- ESCAT. — Des cystites rebelles chez la femme. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1897.)
- FERRÉ. — Notes sur les lésions des organes urinaires consécutives à la chute de la matrice. (*Progrès Médical*, 1884.)
- FORGUES et MASSABUAU. — Gynécologie.
- FRANK. — Traitement local des cas de rétention dans les lésions utérines, (7^e session d'Association française d'Urologie, 1903.)
- GAYET GATLAND. — Maladie du col vésical chez la femme (1941).
- GOUDIN. — Troubles vésicaux chez les fibromateux. (Thèse Bordeaux, 1933.)
- GRAVES. — Complications vésicales du traitement du cancer utérin. (*Surgery Gynecology and Obstetric*, Chicago, n° 6, décembre 1936.)
- GRAVIER. — Incontinence d'urine liée au prolapsus génital. (Thèse Paris, 1898.)
- GUYON. — Leçons sur les maladies des voies urinaires. (Paris, 1903.)
- HERROLD. — Relation of chronic cervicitis to infection of urinary tract. (*Surg. Gynec. and Obstetric*, janvier 1936.)
- HUGGINS. — Col utérin et les problèmes que pose sa pathologie. (*Amer. Journal of Obstetric Gynecology*, 1929.)
- IZARD. — Essais anatomiques. Pathologique et clinique de la région utéro-vésicale. (Thèse Paris, 1904.)

- JEAN (André). — Manifestations urétrales et vésicales des prolapsus génitaux. (Thèse Marseille, 1940.)
- LACOUR. — Action de Hÿperfolliculinémie sur les voies urinaires. (*Journal d'Urologie*, mai-juin 1941.)
- La Semaine des Hôpitaux de Paris (n° 7, juillet 1942).
- LEGENDRE. — La ménopause et le rein. (*Journal Médical de Paris*, 1925.)
- LEGEU. — Des relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme. (*Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1897.)
- LIEBER. — Maladies du col vésical chez la femme. (Thèse Paris, 1941.)
- MADON. — Rétention d'urine et fibrome utérin. (*Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 11 juin 1924.)
- MARCEL. — Manifestations vésicales d'origine probablement hyperfolliculinique. (*Questions gynécologiques d'actualité*, t. III, fasc. I, 1943.)
- MARINESCO. — Les cystites colibacillaires chez la femme. (*Gynécologie et Obstétrique*, mars 1926.)
- MARION. — Incontinence d'urine chez la femme. (*Concours Médical* 12 janvier 1941.)
- Rétention d'urine chez la femme. (*Journal des Praticiens*, 8 mars 1941.)
- Incontinence d'urine par insuffisance sphinctérienne chez la femme. (*Journal d'Urologie*, mars-avril 1941.)
- MORENAS et BUTAVAND. — Un cas de cystite à trichomonas vaginalis. (*Lyon Médical*, décembre 1937.)
- MOURGUE-MOLINE. — Fibrome et rétention d'urine chez la femme. (*Soc. des Sc. méd. et biol. de Montpellier*, janvier 1928.)
- MURAY. — Action de l'administration prolongée d'Hormone folliculaire sur la vessie de rats femelles castrées. (*Presse Médicale*, n° 68, 8 décembre 1937.)
- MURET et RAPPIN. — Congrès de gynécologie et obstétrique de langue française. (*Obstétrique et Gynécologie*, août 1937.)
- NOGUÈS. — Quelques causes de fausse cystite chez la femme. (*Archives franco-belges de Chirurgie*, octobre 1928.)
- ORAISON. — Un cas de cystite gangréneuse chez une jeune fille. (*Journ. d'Urol.*, 5 sept. 1933.)
- PELLÉ. — Radionécrose secondaire de la vessie après curiethérapie du cancer du col utérin. (Thèse Montpellier, 1940.)

- POLLOSSON. — Incontinence d'urine chez la femme. (*Lyon Chirurgical*, 1944, p. 663.)
- REY et LACOUR. — Action hyperfolliculinémie sur les voies urinaires. (*Journal d'Urologie*, mai-juin 1941.)
- REYMOND. — Cystites consécutives à l'infection de la vessie à travers les parois. (*Annales des Maladies des organes génitaux urinaires*, 1893.)
- RICHER. — Crise de rétention aiguë par rétroversion utérine. (*Journal d'Urologie médicale et chirurgicale*, nov. 1937.)
- SALAZAR DE SOUZA. — Manifestations rares d'une imperforation d'hymen. (*Archives de Médecine enfant*, déc. 1934.)
- SAMAIN. — Des incontinenes d'urine par insuffisance sphinctérienne. (Thèse Paris, juin 1928.)
- STEVENS (W.E. Hendersen J.C.). — Urology in women and Gynecology. (*The Lancet*, juin 1936.)
- TRABAUD. — Troubles génito-urinaires.
- VERGELY. — Influence de l'utérus sur la vessie. (Thèse Paris, 1900.)
- VIALA (Maurice). — Rétention d'urine dans l'évolution du fibrome de l'utérus. (Thèse Montpellier, 1931.)
- VINCENT. — Incontinence d'urine de la femme par insuffisance périnéale. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 14 nov. 1943.)
- VIOLET. — Les troubles urinaires en gynécologie. (*Avenir Médical*, n° 9, nov. 1943.)
- WEISSBERG. — Étude sur les cystites consécutives aux inflammations chroniques du col utérin. (Thèse Paris, 1935.)
- WINSBURG-WHITE. — Deux cas de rétention d'urine chez la femme. (*The Lancet*, 2 mai 1935.)
- X. — Un cas de cystite à trichomonas vaginalis. (*Journal des Praticiens*, février 1938.)
- YOUNG-CUNNINGHAM. — Irritable Bladder of chronic cervicitis. (*The Lancet*, 9 juillet 1938.)
- ZWILLINGER. — Une cause rare de rétention chez la jeune fille. (*Journal d'Urologie*, février 1938.)

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Relations anatomiques entre la vessie et l'appareil génital	11
Interdépendance physiologique	15
Relations pathologiques	17
Rétention	29
Incontinences	43
Les cystalgies	47
Les cystites	49
Vessie et cancer utérin	57
A propos des fistules vésicales	61
Conclusion.....	67
Bibliographie	69

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses, que je sois couverte d'opprobres et méprisée de mes frères si j'y manque.

En ma qualité de censeur de
tour j'ai lu la Thèse ayant pour
titre :

Troubles vésicaux d'origine gy-
nécologique

par Josette CHAUMETON

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Vu

Montpellier, le 10 Juillet 1945

Le Président de la thèse :

A. AIMES.

Vu :

Montpellier, le 11 Juillet 1945

Le Doyen :

G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 11 Juillet 1945

Le Recteur :

pour le Recteur, le doyen délégué :

P. MATHIAS.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les
dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur
auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

